

Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme

Avril 2013 – Mise à jour octobre 2017

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS¹. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Préambule

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception précise que la stérilisation ne peut être pratiquée que sur une personne majeure. La même loi définit des conditions particulières pour les majeurs handicapés²
- Chez la personne majeure, la loi ne prévoit pas de condition d'âge, de nombre d'enfants ou de statut marital.

2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP). Pour les « personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap », cette même loi définit des conditions très précises pour pouvoir mettre en œuvre une contraception.

Consultations préalables à l'intervention

Consultation initiale

- Discuter avec la personne des motifs de sa demande.
- S'assurer que la volonté de la personne est « libre, motivée et délibérée ». La responsabilité du choix de la stérilisation relève de la seule personne concernée par l'intervention mais il lui est possible, si il (elle) le désire, d'associer sa (son) partenaire. Cependant, seul le consentement de l'intéressé(e) est recueilli.
- Informer sur les méthodes contraceptives alternatives, les techniques de stérilisation et leur principe, les modalités de l'intervention, leur efficacité contraceptive, leur irréversibilité, les risques et complications, évoquer le risque de regret potentiel. L'information doit être hiérarchisée, compréhensible, personnalisée, adaptée aux connaissances de la personne.
- Rechercher d'éventuelles situations nécessitant des précautions d'emploi. S'informer de l'âge de la personne, du nombre d'enfants et de l'âge du dernier enfant, du nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez la femme, de l'utilisation antérieure d'autres méthodes contraceptives.
- Proposer au besoin à la personne un accompagnement pour l'aider à prendre sa décision (conseiller conjugal et familial, psychologue ou psychiatre).
- Remettre à la personne le livret d'information du ministère de la Santé sur la stérilisation à visée contraceptive ainsi qu'une attestation de consultation.
- Informer la personne et l'orienter vers un médecin qui pratique cet acte si le médecin consulté ne le réalise pas.

Délai de réflexion

- Respecter un délai de réflexion de 4 mois entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Consultation préopératoire suivante

- Demander à la personne de confirmer par écrit sa volonté d'accéder à l'intervention à visée de stérilisation.

Réalisation de l'acte en établissement de santé (public ou privé)

Stérilisation chez l'homme : information à délivrer à la personne

- Une seule méthode est disponible : la vasectomie.
- Cette méthode doit être présentée comme permanente et irréversible.
- Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1^{re} année est de 0,10 % en pratique optimale, 0,15 % en pratique courante³.
- La fréquence et la nature des complications (parmi lesquelles hématomes, infections, douleur scrotale) varient selon les techniques et les voies d'abord.
- La vasectomie n'a pas d'impact sur l'apparence physique, ne modifie pas la qualité de l'érection, de l'éjaculation, le désir et le plaisir sexuel.
- La vasectomie ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST)/sida. Associer un préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les IST/sida est recherchée.

La vasectomie

- Réalisée en établissement de santé, elle se fait le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie locale, parfois sous anesthésie générale. Une hospitalisation avec hébergement n'est généralement pas nécessaire.
- Consiste à couper ou obturer les canaux déférents auxquels on accède par une incision de la peau des bourses. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une azoospermie.
- N'est pas efficace immédiatement mais au bout de 8 à 16 semaines et environ 20 éjaculations pour la disparition des spermatozoïdes. Un spermogramme est réalisé afin de s'assurer de l'azoospermie. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode de contraception complémentaire.
- Le recours à une opération restauratrice est possible mais le résultat aléatoire.

Stérilisation chez la femme : information à délivrer à la personne

- Plusieurs méthodes sont disponibles :
 - la ligature des trompes ;
 - l'électrocoagulation ;
 - la pose d'anneaux ou de clips.
- Ces méthodes doivent être présentées comme permanentes et irréversibles. Le recours à une opération restauratrice est parfois possible mais le résultat aléatoire.
- Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1^{re} année d'utilisation est de 0,5 % en pratique optimale ou courante³. Tout retard de règles doit amener à consulter un médecin ou une sage-femme.
- La fréquence et la nature des complications varient selon les techniques et les voies d'abord.
- Ces interventions n'ont pas d'impact sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuel.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/Sida. Associer un préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les IST/sida est recherchée.

La ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)

- Réalisées en établissement de santé, elles se font généralement par voie coelioscopique, plus rarement par laparotomie (au décours d'une autre intervention, césarienne par exemple) ou par culdoscopie.
- Nécessitent une hospitalisation de 1 à 3 jours et habituellement une anesthésie générale.
- Sont immédiatement efficaces.
- La reperméabilisation chirurgicale est possible mais difficile et d'efficacité incertaine.

3. Efficacité contraceptive exprimée en taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1^{re} année d'utilisation. L'efficacité en utilisation optimale correspond à celle obtenue dans les essais thérapeutiques. Source des données : efficacité en utilisation optimale et en utilisation courante aux États-Unis : OMS : Trussell J. *Summary table of contraceptive efficacy*. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media; 2011.



Ressources Internet

- Stérilisation à visée contraceptive - livret d'information : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BD-Sterilisation-25oct2012.pdf
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association française pour la contraception : www.contractions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr - rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr